

Hälsoval Skåne: fler besöker allmänläkare, färre går till specialist

ANDERS BECKMAN, med dr, PhD, lektor i allmänmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö
anders.beckman@med.lu.se

ANDERS ANELL, adjungerad professor, Institutet för ekonomisk forskning; båda Lunds universitet

Tidigare studier har visat att vårdval och etableringsfrihet i primärvården inneburit att fler vårdenheter etablerats och antalet besök ökat [1, 2]. Studier från Stockholms läns landsting har visat att individer i områden med lägre inkomster fått mer ökad tillgänglighet till besök än individer i andra områden [3]. Det är dock inte säkert att dessa resultat med data från gruppnivå står sig om analysen görs utifrån individdata. Effekterna i Stockholm kan också skilja sig från de effekter som uppstår i andra landsting, eftersom förutsättningar i form av tex krav på vårdenheter och ersättningsmodeller varierar [4]. Flera viktiga frågor återstår: Har vårdkonsumtionen omfördelats mellan individer och har ökat fokus på tillgänglighet för enkla, korta besök lett till att vård för vårdtunga prioriterats bort?

I Skåne infördes Hälsoval till vårdcentral/familjeläkare i maj 2009. Befolkningen listades genom en kombination av individuellt aktivt val och passiv tilldelning enligt senaste kontakt eller närhetsprincip. Vi beskriver hur sjukvårdskonsumtionen i form av läkarbesök förändrats i Region Skåne mellan 2008 och 2010. Beskrivningen baseras på uppgifter om individers vårdkonsumtion, vilket minskar risken för »ekologiskt fel-slut« [5, 6]. Eftersom primär- och specialistvård kan liknas vid kommunicerande kärl, beskrivs även total sjukvårdskonsumtion. Vi redogör för hur vårdkonsumtion i form av läkarbesök per invånare förändrats beroende på ålder, kön och inkomst.

MATERIAL OCH METOD

Underlaget består av samtliga individer folkbokförda i Region Skåne 2008 och 2010 och deras sjukvårdskonsumtion i form av läkarbesök på mottagningar inom den offentligt finansierade vården i Region Skåne, oberoende av driftsform. Individuell vårdkonsumtion har erhållits från Region Skånes vårddatabas, där all offentligt finansierad vård registreras på individbasis. Individuppgifter om ålder, kön och disponibel inkomst har erhållits från Statistiska centralbyrån. Medianinkomst har använts för att skilja mellan individer med inkomster över respektive under medianen. Eftersom medianinkomsten varierar i olika åldrar, har varje åldersgrupps medianinkomst använts var för sig i denna indelning. Vi redovisar påverkan av inkomst i åldrarna 31–90 år, övrig redovisning gäller alla åldrar.

Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Lund, Dnr 2009/547.

Vårdkonsumtionen redovisas som läkarbesök per invånare

respektive som förändring i procent av antal läkarbesök per invånare.

RESULTAT

Omfördelningar mellan vårdformer och åldrar

Totalt sett har både antalet läkarbesök och befolkningen i Skåne ökat mellan 2008 och 2010 (Tabell I). Andelen av befolkningen som gjort läkarbesök har totalt sett förändrats marginellt, medan andelen som besökt allmänläkare ökat. Beskrivet som totalt antal läkarbesök per invånare syns en ökning, framför allt i de äldre åldersgrupperna (Figur 1).

Uppdelat på olika vårdformer har antalet allmänläkarbesök per invånare ökat med 5,5 procent mellan 2008 och 2010, samtidigt som antalet besök per invånare hos övriga specialistläkare minskat med 3,4 procent. Ökningen av antalet besök per invånare hos allmänläkare finns i alla åldrar och oavsett kön, men är störst i åldrarna över 85 år och hos unga kvinnor. Ökningen är mera markant i Malmö, Helsingborg och Lund än i övriga, mindre kommuner i Skåne.

Främst i åldrarna 36–75 år har det totala antalet besök per invånare hos övriga specialistläkare minskat. Det ger sammantaget en komplicerad bild av konsumtionsförändringar mellan åldersgrupper. För de äldsta över 80 år har antalet läkarbesök per invånare ökat; man har fått bättre tillgång till allmänläkare samtidigt som tillgången till besök hos övriga specialistläkare varit i stort sett oförändrad eller ökad för vissa grupper. Även för individer under 50 år ses en måttlig ökning totalt; färre besök hos övriga specialistläkare kompenseras av fler besök till allmänläkare. I åldersgruppen 56–65 år har det totala antalet läkarbesök per invånare däremot minskat med cirka 2 procent; färre besök hos övriga specialistläkare har inte helt kompenseras av fler besök till allmänläkare.

Omfördelningar mellan individer beroende på inkomst

Vårdkonsumtionen varierar beroende på socioekonomisk tillhörighet, vilket påverkas av såväl skillnader i behov som efterfrågan [7]. Inom Hälsoval Skåne är den fasta ersättningen till vårdenheter till 20 procent baserad på socioekonomiskt index för listade individer. Syftet är att kompensera vårdenheter för de merkostnader som högre behov bland mer utsatta individer bör medföra. Hur vårdkonsumtionen de facto ser ut beror även på hur dessa individer efterfrågar vård.

Totalt sett är antalet läkarbesök per invånare i åldrarna 51–80 år oförändrat eller något lägre för kvinnor oavsett inkomstgrupp. För män 31–55 år med inkomst över medianen har antalet besök per invånare ökat, medan det sjunkit för män i åldrarna 36–80 år med inkomst under median. I åldrarna över 80 år ses en ökning, mest markerad hos män med inkomst under medianen. Antalet allmänläkarbesök per invånare har ökat generellt men olika mycket i olika ålders- och inkomstgrupper. Medan antalet allmänläkarbesök per invånare ökat måttligt för kvinnor med inkomst både över och under medianinkomsten och oavsett ålder, har antalet besök per invånare hos äldre män med lägre inkomst ökat påtagligt.

Samtidigt har antalet besök per invånare hos övriga specia-

SAMMANFATTAT

Efter införande av Hälsoval Skåne har andelen av befolkningen som besökt allmänläkare ökat, liksom antalet besök per invånare. Ökningarna är överlag måttliga, med undantag för äldre män med lägre inkomst, där ökningen är större.

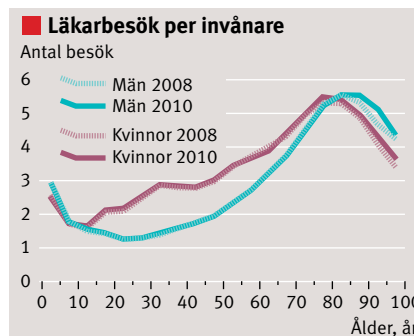
Det finns också en minskning av besöken till övriga specialistläkare så att det totala antalet lä-

karbesök per invånare minskat i vissa grupper. Färre besök hos övriga specialistläkare har inte fullt ut kompenseras av fler besök till allmänläkare.

Uppföljningstiden är kort, och nya uppföljningar av individers totala konsumtion av vård med senare och ytterligare data är angelägna för att studera förändringar till följd av Hälsoval.

TABELL 1. Antal läkarbesök per invånare i Region Skåne 2008 och 2010 samt förändring totalt.

	2008		2010		Förändring, %	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Läkarbesök per invånare, antal	2,35	3,12	2,36	3,15	0,59	0,84
Andel av befolkningen som besökt läkare, procent	62,97	73,77	63,27	73,67	0,47	-0,13
Allmänläkarbesök per invånare, antal	1,07	1,46	1,13	1,54	5,63	5,47
Andel av befolkningen som besökt allmänläkare, procent	48,73	58,70	50,75	60,69	4,13	3,38
Läkarbesök per invånare till övriga specialistläkare, antal	1,27	1,66	1,23	1,61	3,65	-3,22
Andel av befolkningen som besökt övriga specialistläkare, procent	40,49	50,67	39,80	49,44	1,72	-2,43



Figur 1. Läkarbesök per invånare i Region Skåne 2008 och 2010, ålders- och könsstratifierat.

listläkare förändrats: För män 31–50 år med inkomst över median ses en ökning av antalet besök per invånare, medan det för övriga ses en minskning fram till 80 års ålder; därefter är antalet besök oförändrat eller något ökat.

DISKUSSION

Vilken betydelse har Hälsovalet?

Antalet allmänläkarbesök per invånare har totalt sett ökat mellan 2008 och 2010 med 5,5 procent; från 1,27 till 1,34 besök per invånare och år. Förändringarna i olika grupper är överlag små, med undantag för en större ökning bland äldre män med lägre inkomst. Även om vårdenheter ges extra kompensering baserat på socioekonomiskt index, har det inte skett någon omfattande volymmässig omfördelning av besöken beroende på inkomst. Den största andelen av den fasta ersättningen i Region Skåne baseras dock på vårdtyngd mätt utifrån befintliga diagnoser och ålder.

Ökningen i antalet besök till allmänläkare mellan 2008 och 2010 i Region Skåne med sammanlagt 5,5 procent är lägre än ökningarna på 13 procent under första året respektive drygt 4 procent under andra året i Stockholm efter införande av vårdval [3]. I Stockholm baseras ersättningen till familjeläkarmottagningar till ungefär 60 procent på antalet besök. I Hälsoval Skåne utgår i princip ingen besöksersättning. Vårdenheter intäcker baseras i princip helt på en fast ersättning per listad individ. Man har därför mer begränsade ekonomiska incitament att producera många besök. En annan potentiell skillnad är att antalet läkarbesök i Stockholm initialt ökade mer i åldersgrupperna under 65 år. Efter tredje året var dock ökningen förhållandevis jämn mellan åldersgrupper [3]. I Skåne var ökningen efter två år störst för äldre över 85 år.

Förändringar i totalt antal läkarbesök per invånare uppvisar ett annat mönster. Det förklaras delvis av de parallella förändringarna i besök till övriga specialistläkare i Region Skåne. Antalet besök per invånare hos övriga specialistläkare har minskat för alla grupper utom män under 51 år med inkomst över median samt män och kvinnor i åldern 86–90 år med inkomst under median. Minskningen i antalet specialistläkarbesök är särskilt påtaglig bland kvinnor och män 56–80 år. Detta skulle kunna förklaras av en mer restriktiv tillgång till besök hos övriga specialistläkare. Vi har dock inte hittat några belegg för att utbudet förändrats nämnvärt under den studerade tidsperioden. Andra förklaringar kan vara beteendemässiga förändringar hos befolkningen, exempelvis orsakade av arbetsmarknadsmässiga skäl och regler för sjukpenning.

Uppföljningstiden är kort, och redovisade förändringar i denna artikel ger inte någon indikation om långsiktiga effekter. Övrig sjukvårdskonsumtion i form av besök till andra yrkesgrupper kan också innehålla möjliga förklaringar till förändringarna i läkarbesöken. Som alltid vid utvärderingar av okontrollerade experiment finns problem att klargöra samband mellan experimentet (Hälsovalet) och resultaten (för-

ändringar i vårdkonsumtionen). Problemet är särskilt betydelsefullt i den här redovisningen, eftersom vi vet att individers vårdkonsumtion påverkas av många faktorer [7, 8].

Det material som presenteras ska betraktas som en första deskriptiv uppföljning av hur vårdkonsumtionen förändrats efter introduktionen av Hälsoval Skåne.

Behov av fler studier baserade på individdata

I vilken utsträckning införandet av Hälsoval Skåne kan förklara de förändringar som redovisats är ännu så länge osäkert. Många andra faktorer påverkar, såsom tillgång till besök hos övriga specialistläkare på sjukhus och privata mottagningar. I första hand behövs nya uppföljningar av senare års vårdkonsumtion för att bekräfta att de förändringar som redovisats här inte är ett utslag av slumpmässig variation.

I denna undersökning har vi inte kunnat besvara om det är de mest sjuka som ökat sina läkarbesök, eftersom information om vårdtyngd i form av ACG (adjusted clinical groups: ett sammanvägt mått av diagnoser, ålder och kön) är ofullständig för år 2008.

Ett problem även i framtida studier som baseras på individdata är att det saknas information om skillnader i kvalitet och resultat mellan olika läkarbesök. Det är t ex möjligt att läkarbesöken för individer med lägre inkomst är längre (eller kortare) i genomsnitt än för individer med högre inkomst. I denna typ av studier besvaras inte heller om resultatet av vården förändras, dvs om hälsan ökar eller minskar som följd av vårdens insatser. Med förbättrad information om vad som görs och åstadkoms i primärvården förbättras möjligheterna till fördjupad analys.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien är finansierad med anslag från Vinnvärd.*

REFERENSER

- Jönsson S, Rödin E, Hagersten A. Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Stockholm: Konkurrensverket; 2012.
- Winblad U, Isaksson D, Bergman P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012.
- Janlöv N, Rehnberg C. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi; 2011.
- Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. Health Econ Policy Law. 2011;6(4):549-69.
- Piantadosi S, Byar DP, Green SB. The ecological fallacy. Am J Epidemiol. 1988;127(5):893-904.
- Rothman KJ. Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2002.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
- Beckman A, Merlo J, Lynch JW, et al. Country of birth, socioeconomic position, and healthcare expenditure: a multilevel analysis of Malmö, Sweden. J Epidemiol Community Health. 2004;58(2):145-9.